



IMPETIGO BULOSA PADA ANAK USIA 9 TAHUN

Aryunisari CG¹⁾

¹⁾Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Latar Belakang: Impetigo adalah salah satu klasifikasi dari pioderma, yang menyerang lapisan epidermis kulit. Impetigo biasanya juga mengikuti trauma superficial dengan robekan kulit dan paling sering merupakan penyakit penyerta (*secondary infection*) dari pediculosis, skabies, infeksi jamur dan pada *insect bites*. **Kasus:** Pasien An. A Laki-laki usia 9 tahun datang dengan keluhan gatal dan kemerahan sejak 3 hari lalu. Kemerahan berubah menjadi gelembung yang berisi cairan, pecah dan menjadi krusta. Status dermatologis pada Inspeksi tampak makula eritem multiple, bula hipopion multiple, ekskoriasi multiple dan krusta *collarette* multiple. **Simpulan:** Telah ditegakan diagnosa impetigo bulosa pada anak laki-laki usia 9 tahun berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, serta telah di tatalaksana baik secara non-medikamentosa dan medikamentosa yang sesuai dengan *evidence base medicine*. [Medula Unila.2013;1(5):26-32]

Kata kunci : *impetigo bulosa, pioderma*

IMPETIGO BULOSA IN NINTH YEARS OLD CHILDREN

Aryunisari CG¹⁾

¹⁾Student of Medical faculty Lampung University

Abstrack

Background: Impetigo is one example of pioderma, who invaded the epidermis layer of the skin. Impetigo usually also follows a ripping skin with superficial trauma and most often a companion disease (secondary infection) from Pediculosis, Skabies, fungal infections and insect bites. **Case:** Patient a male, age 9 years old. Anamnesis patient feeling itchy and reddish since 3 days ago. The redish turn into bubbles containing liquids, break and become crusta. Status dermatological macula eritem multiple, bulous hipopion multiple, ecsoriation multiple, crust *collarette* multiple. **Conclusion:** diagnosis of impetigo bulosa on boys ages 9 years based on anamnesis and physical examination, as well had teraphy non-medikamentosa and medikamentosa based on evidence base medicine. [Medula Unila.2013;1(5):26-32]

Key Word : *impetigo bulosa, pioderma*



Pendahuluan

Impetigo adalah salah satu contoh pioderma, yang menyerang lapisan epidermis kulit (Djuanda, 2005). Impetigo biasanya juga mengikuti trauma superficial dengan robekan kulit dan paling sering merupakan penyakit penyerta (*secondary infection*) dari pediculosis, skabies, infeksi jamur dan pada *insect bites* (Beheshti, 2007). Impetigo terjadi di seluruh negara di dunia dan angka kejadiannya selalu meningkat dari tahun ke tahun. Di amerika serikat impetigo merupakan 10% dari masalah kulit yang dijumpai pada klinik anak dan terbanyak pada daerah yang jauh lebih hangat, yaitu pada daerah tenggara amerika (Provider synergies, 2007). Di Inggris kejadian impetigo pada anak sampai usia 4 tahun sebanyak 2,8% pertahun dan 1,6% pada anak usia 5-15 tahun. Sekitar 70% merupakan impetigo krustosa (Cole, 2007). Impetigo disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* atau *Streptococcus* beta hemolitikus grup A (*Streptococcus pyogenes*). *Staphylococcus* merupakan patogen primer pada impetigo bulosa dan *ecthyma* (Beheshti, 2007).

Tempat predileksi tersering pada impetigo bulosa adalah di ketiak, dada, punggung dan sering bersama-sama dengan miliaria. Terdapat pada anak dan dewasa. Kelainan kulit berupa vesikel (gelembung berisi cairan dengan diameter 0,5cm) kurang dari 1 cm pada kulit yang utuh, dengan kulit sekitar normal atau kemerahan. Pada awalnya vesikel berisi cairan yang jernih yang berubah menjadi berwarna keruh. Atap dari bulla pecah dan meninggalkan gambaran “*collarette*” pada pinggirnya. Krusta “*varnishlike*” terbentuk pada bagian tengah yang jika disingkirkan memperlihatkan dasar yang merah dan basah. Bulla yang utuh jarang ditemukan karena sangat rapuh (Djuanda, 2005). Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesa dan gambaran klinis dari penyakit, pemeriksaan penunjang dapat digunakan untuk memberikan gambaran terapi terhadap obat-obatan yang sensitif dan menyingkirkan kemungkinan diagnosa banding. Pemeriksaan yang dapat dilakukan antara lain kultur bakteri dan sensitivitas antibiotik, dapat digunakan dalam menentukan terapi antibiotik yang sensitif untuk mengeradikasi bakteri penyebab infeksi, pengecatan gram, digunakan untuk melihat bakteri



penyebab infeksi, apabila ditemukan bakteri gram positif dengan bentuk *coccus* (bulat) dan berkelompok dapat menunjukkan adanya *Staphylococcus aureus*, pengecatan kalium hidroksida (KOH), digunakan untuk menyingkirkan kemungkinan infeksi jamur dan pengecatan *tzank* atau biakan virus, digunakan untuk menyingkirkan kemungkinan infeksi herpes simpleks (Buck, 2007).

Terapi non-medikamentosa antara lain, menghilangkan krusta dengan cara mandikan anak selama 20-30 menit, disertai mengelupaskan krusta dengan handuk basah, mencegah anak untuk menggaruk daerah lecet, dapat dengan menutup daerah yang lecet dengan perban tahan air dan memotong kuku anak, lakukan drainase pada bula dan pustule secara aseptik dengan jarum suntik untuk mencegah penyebaran lokal, lanjutkan pengobatan sampai semua lesi sembuh dan dapat dilakukan kompres dengan menggunakan larutan natrium klorida (NaCl) 0,9% pada lesi yang basah. Adapun terapi medikamentosa menggunakan terapi topikal dan sistemik. Pengobatan topikal sebelum memberikan salep antibiotik sebaiknya krusta sedikit dilepaskan baru kemudian diberi salep antibiotik. Pada pengobatan topikal impetigo bulosa bisa dilakukan dengan pemberian antiseptik atau salep antibiotik (Djuanda, 2005). Antiseptik yang dapat dijadikan pertimbangan dalam pengobatan impetigo terutama yang telah dilakukan penelitian di Indonesia khususnya Jember dengan menggunakan *Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) adalah triklosan 2%. Pada hasil penelitian didapatkan jumlah koloni yang dapat tumbuh setelah kontak dengan triklosan 2% selama 30", 60", 90", dan 120" adalah sebanyak 0 koloni. Sehingga dapat dikatakan bahwa triklosan 2% mampu untuk mengendalikan penyebaran penyakit akibat infeksi *Staphylococcus aureus* (Suswati, 2003).

Antibiotik Topikal dapat menggunakan mupirocin, fusidic acid, ratapamulin, dicloxacillin. Terapi sistemik dapat menggunakan penisilin dan semisintetiknya, ampicillin, amoksisillin, cloxacillin, phenoxymethyl penicillin (penicillin V), eritromisin (bila alergi penisilin), clindamisin (alergi penisilin dan menderita saluran cerna) dan penggunaan terapi antibiotik sistemik lainnya. Tindakan yang bisa dilakukan guna pencegahan impetigo diantaranya cuci tangan segera dengan menggunakan air mengalir bila habis kontak dengan pasien,



terutama apabila terkena luka, jangan menggunakan pakaian yang sama dengan penderita, bersihkan dan lakukan desinfektan pada mainan yang mungkin bisa menularkan pada orang lain, setelah digunakan pasien, mandi teratur dengan sabun dan air (sabun antiseptik dapat digunakan, namun dapat mengiritasi pada sebagian kulit orang yang kulit sensitif), higiene yang baik, mencakup cuci tangan teratur, menjaga kuku jari tetap pendek dan bersih, jauhkan diri dari orang dengan impetigo, cuci pakaian, handuk dan sprei dari anak dengan impetigo terpisah dari yang lainnya. Cuci dengan air panas dan keringkan di bawah sinar matahari atau pengering yang panas. Mainan yang dipakai dapat dicuci dengan desinfektan dan gunakan sarung tangan saat mengoleskan antibiotik topikal di tempat yang terinfeksi dan cuci tangan setelah itu (Northern Kentucky Health Department, 2005).

Impetigo biasanya sembuh tanpa penyulit dalam 2 minggu walaupun tidak diobati. Komplikasi berupa radang ginjal pasca infeksi *Streptococcus* terjadi pada 1-5% pasien terutama usia 2-6 tahun dan hal ini tidak dipengaruhi oleh pengobatan antibiotik. Gejala berupa bengkak dan kenaikan tekanan darah, pada sepertiga terdapat urin seperti warna teh. Keadaan ini umumnya sembuh secara spontan walaupun gejala-gejala tadi muncul. Komplikasi lainnya yang jarang terjadi adalah infeksi tulang (osteomielitis), radang paru-paru (pneumonia), selulitis, psoriasis, *staphylococcal scalded skin syndrome*, radang pembuluh limfe atau kelenjar getah bening (Djuanda, 2005).

Kasus

Pasien Anak laki-laki, usia 9 tahun, seorang pelajar datang ke poli kulit Rumah Sakit Abdoel Moeloek (RSAM) dengan keluhan gatal-gatal dan timbul gelembung berisi cairan hampir di seluruh tubuh sejak 3 hari yang lalu. Awalnya keluhan timbul di perut yang lama kelamaan menjalar ke daerah punggung, tangan, kaki dan wajah. Keluhan berupa kemerahan yang terasa gatal dan agak perih lalu lama kelamaan menjadi gelembung berisi cairan, sebagian gelembung pecah dan mengering hingga berwarna kehitaman. Pasien tidak berani mandi karena takut gelembungnya akan pecah. Pasien mengaku tidak memiliki riwayat



penyakit yang sama sebelumnya dan keluarga pasien tidak ada yang mengalami keluhan serupa. Sebelumnya pasien sempat berobat ke puskesmas dan mendapat obat namun tidak ada perubahan hingga akhirnya pasien berobat ke poli kulit RSAM. Pemeriksaan Fisik pada keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran *compos mentis*, *Glascgow Coma Scale* (GCS) = 15, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 82 x/menit, pernafasan 20 x/menit, Suhu 37,2⁰C. Status generalis dalam batas normal. Status dermatologis pada regio abdomen, thoraks anterior et posterior, brakhii dekstra et sinistra, cruris dekstra et sinistra. Pada inspeksi tampak makula eritem multiple berukuran lentikular sampai numular, tampak bula hipopion multiple ukuran numularis, tampak ekskoriiasi multiple ukuran numularis, tampak krusta multiple ukuran lentikuler hingga numularis. Diagnosanya adalah impetigo bulosa. Penatalaksanaan umum yang dilakukan yaitu menjaga higienis tubuh, mandi 2x sehari dengan sabun, luka atau gatal jangan digaruk. Penatalaksanaan khusus yaitu secara sistemik dengan menggunakan antibiotik eritromisin 3x250 mg, analgetik paracetamol 3x250 mg dan Vitamin B kompleks 2x1tab dan secara topikal menggunakan krim antibiotik asam fusidat 3x *unguentum eksterna*.

Pembahasan

Pasien anak laki-laki berusia 9 tahun, didiagnosis pioderma bentuk impetigo bulosa. Diagnosis ini didapatkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien. Selain itu berdasarkan identitas, pioderma bentuk impetigo bulosa dapat mengenai semua umur, baik laki-laki maupun wanita, namun banyak terjadi pada anak-anak. Dari hasil anamnesis dimana penderita mengeluh awalnya gatal-gatal di perut lalu menyebar ke hampir seluruh badan sejak 3 hari yang lalu. Karena rasa gatal tersebut pasien seringkali menggaruknya hingga luka dan kemerahan menyebar ke tempat lain, pada akhirnya timbul bercak kehitaman di daerah yang gatal tersebut. Setelah timbul kemerahan lama kelamaan muncul lesi berbentuk gelembung yang berisi cairan berwarna kekuningan, terdapat gelembung yang pecah kemudian kulit mengering dan meninggalkan bekas luka dengan pinggir luka kemerahan (*colaarette*). Hal ini sesuai dengan keadaan pioderma bentuk impetigo bulosa yang memiliki gejala



gatal, menyebar jika digaruk kemudian timbul bula, collarete dan krusta. Dari pemeriksaan fisik generalis didapatkan tidak ada kelainan dan pada status dermatologis didapat pada Status dermatologis pada regio abdomen, thoraks anterior et posterior, brakhii dekstra et sinistra, cruris dekstra et sinistra inspeksi berupa makula eritem multiple berukuran lentikular sampai nummular, tampak bula hipopion multiple ukuran numularis, ekskoriiasi multiple ukuran numularis, krusta collarette multiple ukuran lentikuler hingga numularis yang merupakan ciri khas lesi pada impetigo bulosa. Penatalaksanaan untuk pioderma bentuk impetigo bulosa berupa terapi non medika mentosa dan terapi medika mentosa. Pada kasus ini penatalaksanaan pada pasien sudah tepat karena terdapat terapi non medika mentosa berupa menjaga higienis tubuh, mandi 2x sehari dengan sabun dan mencegah luka atau gatal untuk tidak digaruk. Sedangkan terapi medika mentosa berupa terapi sistemik berupa antibiotik eritromisin, analgetik paracetamol dan Vitamin B kompleks serta terapi topikal Antibiotik asam fusidat (Northern Kentucky Health Department, 2005).

Simpulan: Telah ditegakan diagnosa impetigo bulosa pada anak laki-laki usia 9 tahun berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, serta telah di tatalaksana baik secra non-medikamentosa dan medikamentosa sesuai dengan *evidence based medicine*.

Daftar Pustaka

- Beheshti. 2007. Impetigo, a brief review. Fasa-Iran : Fasa Medical School. pp 23-36, 277-283
- Buck. 2007. Ratapamulin: A New Option of Impetigo. Virginia USA : University of Virginia Children's Hospital. pp 403-479
- Cole. 2007. Diagnosis and Treatment of Impetigo. Virginia : University of Virginia School of Medicine. pp 138-149.
- Djuanda. 2005. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. hlm 35-36
- Northern Kentucky Health Department. 2005. Impetigo. Kentucky : Epidemiology Services, Northern Kentucky Health Department. pp 138-149



Provider synergies. 2007. Impetigo Agents, Topical Review. Ohio : Intellectual Property Department Provider Synergies LLC. pp 276-277

Suswati, E. 2003. Efek Hambatan Triklosan 2% Terhadap Pertumbuhan Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA). (Tesis). Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Jember. hlm 43-44